

Systemisk/narrativ gruppebehandling af Binge Eating Disorder

- DEKONSTRUKTION AF ET BEHANDLINGSKONCEPT

Birgitte Hartvig Schousboe

bihasc01@psv1.regionh.dk

Birgitte Hartvig Schousboe er psykolog på Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Stolpegårdsvej 20, 2820 Gentofte

Artiklen beskriver gruppeterapi på systemisk/narrativt grundlag til patienter med Binge Eating Disorder (BED). Den beskriver, hvordan en problemættet historie omkring BED-gruppen blev dekonstrueret ved at ændre behandlingens udformning og eksperimentere med socialkonstruktionistiske ideer og metoder. Teamet omkring gruppen har arbejdet med at styrke patienternes vidende position ved bl.a. at inddrage diætistens vidende position via kostvejledning i gruppen. Dette har ført til en fælles vidende position blandt patienterne og en styrkelse af terapeuternes ikke-vidende position. Artiklen beskriver desuden gode erfaringer med at introducere navngivning af problemet i forbindelse med eksternalisering, fordi det underminerer en uhensigtsmæssig vægttabsdiskurs. Terapeuterne har arbejdet med at integrere spørgsmålene fra outsider witness i de reflekterende processer i en mindre struktureret form, hvilket har fremmet konsolideringen af foretrukne historier i gruppens refleksioner og styrket terapeuternes evne til at facilitere processen.

Nøgleord: Binge Eating Disorder, systemisk narrativ terapi, gruppe

Systemic/narrative group psychotherapy for patients with Binge Eating Disorder (BED)

This article describes group psychotherapy for patients with Binge Eating Disorder (BED) based on systemic and narrative principles. By changing the way the treatment program was presented to the participants and by making the treatment itself more collaborative, the team deconstructed the problem-saturated story around this group. The team especially focused on the knowing position of the patients e.g. by introducing group counselling by the dietician. This has strengthened what the author has called a shared knowing position among the participants in the group and supported the not-knowing position of the therapists. Subsequently the author describes the satisfactory results of the therapist introducing the definition of the problem during the process of externalising conversations despite warnings against expert definitions, probably because this practice undermines society's dominant discourse about weight loss. Finally the team has experimentally integrated reflecting processes with the four steps of outsider witness in a less structured form. This has strengthened the group's reflections and thus the therapists' ability to facilitate this process.

Keywords Binge Eating Disorder, systemic narrativ psychotherapy, group

How do we talk about people when they are not there, and how do we talk to them when they are there?

Peter Lang 2008

På Klinik for Spiseforstyrrelser på Psykoterapeutisk Center Stolpegård har vi gennem de sidste syv år udviklet et behandlingskoncept, hvor vi tilbyder gruppeterapi på systemisk/narrativt grundlag til patienter med Binge Eating Disorder (BED). I år 2002 var det helt nyt at behandle BED i Danmark, og man tog derfor udgangspunkt i de samme principper som anvendes for klinikkens anoreksi- og bulimi-behandling (Lau, Plambeck & Christensen 2000). BED-gruppen fik dog hurtigt status som en gruppe, der var anderledes at arbejde med. Patienterne beskrev en ekstremt høj grad af modløshed og tristhed, med skuffede forventninger til sig selv, begrænsede håb for fremtiden og tvivl om hvorvidt, de nogensinde kunne bryde den onde cirkel. De havde særdeles negative identitetskonklusioner og levede deres liv efter dem.

I litteraturen og blandt fagfolk ses lignende negative beskrivelser og «fjendtligt sprog» (Rasmussen 2003) i forhold til denne gruppe, som enten bliver karakteriseret ved at have primitiv, neurotisk personlighedsstruktur (Tobin 1996) eller bliver beskrevet med hjemmelavede ord som «ædeflippere» (Nielsen 2007), der mere vækker latter end lægger op til faglig forståelse af denne spiseforstyrrelse og dens betydning for de berørte.

Da socialrådgiver Lise Kristensen og jeg blev co-terapeuter i «BED-gruppen» i 2006 og startede et tæt samarbejde med klinisk diætist Lene Kiib Hecht, mærkede vi den problemmættede «BED-historie» både i og uden for gruppen, og det fik os til at se kritisk på vores egen praksis. Vores metode var erklæret systemisk/narrativ, men levede vi helt igennem op til socialkonstruktionistisk praksis? Det er denne revideringsproces, jeg kalder «dekonstruktion af et behandlingskoncept».

Dekonstruktion

Dekonstruktion kan beskrives som optrævling af en problemmættet fortælling ud fra ideen om, at det er muligt at finde alternative historier, som i højere grad afspejler handlemuligheder (Parker 1999). Fortællinger og identitetskonklusioner er skabt i en kontekst, men med tiden bliver de adskilt fra denne kontekst og bliver til ikke-forankrede «sandheder». I dekonstruerende samtaler kobles disse løs-

revne sandheder til den oprindelige kontekst, så personen bliver bevidst om, hvordan de er blevet konstrueret – eller *at* de er konstrueret i en bestemt sammenhæng. Når folk ser, at fortællingerne ikke nødvendigvis repræsenterer essentielle sandheder, åbnes mulighed for, at de kan ændres. Idet historien fortælles fra en ny vinkel og foldes ud, opstår nye foretrukne historier baseret på de samme levede erfaringer (Freedman & Combs 1996). Man undergraver og anfægter de sandheder, som tages for givet, ved at afdække modsigelser og give alternative historier en mere fremtrædende placering (White 2006, 2008).

Vi overførte ideen om dekonstruktion til den problemmættede historie, der var i og omkring vores BED-gruppe. Var det muligt, at selve behandlingskonceptet og udformningen af dette bidrog til de problemer, der blev beskrevet? Kunne rammen for behandlingen være årsag til, at arbejdet i denne gruppe ofte blev beskrevet som en «tung proces»? Blev patienterne tilbudt de optimale betingelser for at deltage? Var vores behandlingskoncept blevet en «sandhed» løsrevet fra den kontekst, den var opstået i? Og var det muligt for os at dekonstruere den problemmættede historie og genforfatte historien om samarbejdet med disse mennesker? White (ibid.) beskriver, hvordan spørgsmål til konkrete hændelser og intentioner kan være med til at underminere problemhistorien og fortykke den foretrukne historie. Kunne vi gøre det samme, ikke bare ved at spørge til, men ved at *ændre* på vores praksis? Vi satte kritisk fokus på vores koncept, rammerne for gruppen, vores måde at bruge systemiske og narrative ideer på og vores måde at præsentere behandlingskonceptet på. Vores metodiske og teoretiske overvejelser skal imidlertid ses i lyset af de rammer og begrænsninger, som det psykiatriske system sætter.

Psykiatriens benspænd

Filmen «De fem benspænd» er instruktøren Lars von Triers forsøg på at ryste og udfordre kollegaen Jørgen Leth. Med udgangspunkt i sin gamle kortfilm «Det perfekte menneske» skal Leth genindspille scener fra den – men nu efter von Triers helt urimelige og særprægede regler. En spændende original leg med at lave film efter principper og regler, der ikke nødvendigvis er ens egne. På lignende vis har Lars von Trier sammen med Thomas Vinterberg m.fl. skrevet det manifest, som ligger til grund for Dogmefilmene. «A Vow of Chastity» har de kaldt deres løfte (www.dogme95.dk). Det betyder egentlig kyskhedsløfte, men når udtrykket bruges om stil eller form, kan det oversættes til «Et løfte om enkelhed».

Som en del af Region Hovedstadens Psykiatri er Stolpegårds Klinik for Spiseforstyrrelser på lignende vis underlagt principper og regler, som sætter en ramme for, hvad der er muligt, og som i praksis fordrer en vis enkelhed. Der er nogle krav, vi skal leve op til, og normeringer, der skal overholdes, hvilket betyder, at vi ikke kan vælge helt frit og inddrage alle systemiske og narrative ideer, tanker og spørgsmål, men er nødt til uærbødigt at eksperimentere med disse. Jeg vil derfor beskrive de væsentligste benspænd, som har haft betydning for vores terapeutiske arbejde.

Diagnose

En forudsætning for at tilbyde behandling i Psykiatrien er at der stilles en diagnose. Binge Eating Disorder (BED) er en ny spiseforstyrrelsesdiagnose, som er taget med i Appendix B «Criteria sets provided for further study» i DSM-IV. Den er karakteriseret ved tilbagevendende bulimiske overspisninger – dvs. indtagelse af en usædvanlig stor mængde mad forbundet med kontroltab og betydeligt fysisk og/eller psykisk ubehag. I modsætning til bulimi er overspisningerne ikke forbundet med kompenserende adfærd i form af eksempelvis opkastninger, afføringsmidler eller motion – derfor ofte med en betydelig overvægt til følge (DSM-IV). Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport om spiseforstyrrelser fra 2005 menes 3 % af den danske befolkning at lide af BED, og at der for hver mand er ca. tre kvinder med denne spiseforstyrrelse.

Ovenstående er en opremssning af de kriterier, som er gældende for BED-diagnosen, men hvad er en bulimisk overspisning i praksis, og hvordan er det at have denne spiseforstyrrelse tæt inde på livet? En patient gav mig en kopi af en artikel fra *Woman* og sagde, at hun var blevet rystet over at læse om en spiseforstyrrelse, der til forveksling lignede hendes. Artiklens første linjer lyder sådan her: «Hun tygger hurtigt. En, to, tre småkager. Hun mosler et stykke drømmekage ud af bra-depanen. Kort efter glider et par flødeboller ned. Så en pakke kiks, en portion chokolademysli og en gang koldskål. Hun kigger på døren. Ingen kommer ind. Fire stykker franskbrød med sødmælk, kød med kartofler, en skål yoghurt og et æble. På tre timer» (www.woman.jubii.dk).

Diagnoser er en social konstruktion, som kan diskuteres, og som i høj grad afhænger af eksempelvis kulturen og herskende diskurser (Duran et al. 2000). Dette bliver tydeligt, når vi ser på assessment-metoder, hvor spørgeskemaer f.eks. angiver større hyppighed af overspisninger end semistrukturerede interviews som Eating Disorder Examination, EDE (Grilo et al. 2001), og opgørelser over forekomst varierer fra 1–3 % af befolkningen afhængig af, hvilken assessment-

metode, der vælges (Tuschen-Caffier & Schlüssel 2005). Det kan altså være svært selv på en specialiseret enhed at afgøre, hvornår diagnosekriterierne er opfyldt.

Søren Hertz (2004) beskriver, at en diagnose kan være svar på nogle af de spørgsmål, som bringer personen i behandling, og at vi må undersøge, hvad diagnosen er svar på i stedet for at undgå den. Som jeg skal vende tilbage til i afsnittet om eksternalisering, oplever mange med BED, at de for første gang får svar på ubesvarede spørgsmål, ved at få stillet denne spiseforstyrrelsesdiagnose. Omvendt har vi oplevet, at der ved en fejl blev visiteret patienter til gruppen, som ikke havde overspisninger med kontroltab og dermed ikke opfyldte diagnosekriterierne for BED. Hverken de eller vi oplevede, at det var meningsfuldt for dem at sidde i denne gruppe, hvor fællesnævneren netop er bulimiske overspisninger. De blev tilbudt anden og mere relevant behandling, og vi fik skærpet vores opmærksomhed på korrekt afdækning af bulimiske overspisninger i forhold til graden af kontroltab og efterfølgende ubehag.

BED er som sagt en forskningsdiagnose, og den er som alle andre diagnoser en social konstruktion, vi til stadighed må evaluere og diskutere ved at være i dialog med de mennesker, vi møder, og se på om diagnosekriterierne passer på de vanskeligheder, de er beregnet på at beskrive. Men i vores hverdag ser diagnosekriterierne ud til at fungere som en meningsfuld afgrænsning af behandlingen på et afsnit, der er specialiseret i spiseforstyrrelser.

Comorbiditet

Comorbiditet er et centralt begreb i traditionel psykiatri, som giver konnotationer til essentialistisk tænkning. Sameksisterende diagnoser er imidlertid blevet brugt som argument for, at BED ikke bare er et spørgsmål om overvægt, men er en psykisk lidelse, som skal behandles psykologisk. Undersøgelser har peget på, at 37 % af mennesker med BED også opfylder diagnosekriterierne for angst, og at 58 % – set i livsløbsperspektiv – udvikler svær depression. Det ser desuden ud til, at de udvikler større overvægt, har en markant højere kropsutilfredshed og et mere kaotisk spisemønster end overvægtige uden spiseforstyrrelse (DSM-IV; Marcus 1997; Grilo, White & Masheb 2009; Tuschen-Caffier & Schlüssel 2005).

Vores kliniske erfaring bekræfter desværre disse kedelige tal. Vores patienter har det uden tvivl skidt også på andre områder end mad, vægt og spising. Mange søger overvægtsbehandling – måske fordi der næsten ikke er behandlingstilbud til BED i Danmark (ud over vores tilbud er der behandling i Ålborg og Odense). Men inden for overvægtsbehandling er man sjældent opmærksom på, at 15–50 % af dem, der søger hjælp til vægttab, opfylder diagnosekriterierne for BED

(Tuschen-Caffier & Schlüssel 2005). Et eksempel er Annette Illfeldt, der er psykolog og universitetsansat forsker i psykologiske aspekter af overvægt. I en artikel «Kampen om fedtet», nævner hun ikke BED med ét ord, selvom artiklen er bragt i *LMSNYT*, som udgives af Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (Illfeldt 2009). Med kvinden fra førnævnt dameblads-artikel var det omvendt. Hun søgte faktisk behandling for en spiseforstyrrelse, men blev mødt med «hovedrysten og et tag dig sammen og gå på slankekur» (www.woman.jubii.dk). Når undersøgelser viser, at mennesker med BED bliver mere overvægtige og har flere psykologiske symptomer, er det skræmmende, hvor lidt fagpersoner inden for fedmebehandling og -forskning forholder sig til denne spiseforstyrrelse. Om end BED som diagnose er en social konstruktion, kunne øget viden om denne spiseforstyrrelse således tænkes at forbedre eller nuancere indsatsen på overvægtsområdet.

Tid, normering – effekt

De sidste psykiatriske benspænd, jeg vil nævne her, er af afgørende betydning for behandlingens praktiske udformning. Det drejer sig om den normering, vi skal opfylde. F.eks. skal vi behandle et vist antal cpr-numre hvert år. Lidt firkantet sagt betyder dette, at lidt behandling til mange er bedre end meget behandling til få. Da det primære behandlingstilbud på Stolpegård er gruppeterapi, udmønter normeringen sig i en ramme for spiseforstyrrelsesbehandlingen, der indebærer syv patienter i en gruppe, der mødes en gang om ugen i fem måneder, 2 ½ time pr. gang.

Som beskrevet kommer en spiseforstyrrelse til udtryk i fysiske symptomer, som folk er forpinte af og gerne vil af med. Vejen ud af en spiseforstyrrelse kræver på et eller andet tidspunkt konkrete adfærdsmæssige ændringer, og symptomreduktion er derfor et afgørende parameter for behandlingens effekt. Som jeg kort skal vende tilbage til i resultatafsnittet lever vores behandling op til gængse kliniske behandlingsmål, men målsætningen om symptomreduktion har også betydning for behandlingens udformning. Hvis vores patienter skal kunne ændre spiseforstyrrelsessymptomer på den afsatte tid, har vi på Klinik for Spiseforstyrrelser besluttet, at alle deltagere skal have taletid hver gang gruppen mødes. Regner man lidt på antallet af patienter i forhold til 2 ½ time, giver det 21,4 minutter pr. person pr. gang – alt inklusiv. Tiden bliver brugt til at læse op fra den kostdagbog, som patienterne skriver mellem sessionerne, til at interviewe ud fra dagbogen og til at høre refleksioner fra gruppen og terapeuterne. Det går stærkt, når der kun er 20–

25 minutter til hver, og denne tidsramme er derfor af stor betydning for vores terapeutiske valg.

Formidling af rammerne

Et af de centrale temaer i socialkonstruktionistisk teori og praksis er fokus på sproget. Anderson & Goolishian (1992) har beskrevet, hvordan vi som mennesker lever med hinanden i en verden af samtaler og livsfortællinger og forstår os selv og hinanden gennem disse foranderlige historier og selvbeskrivelser. Terapi bygger på de ressourcer, der ligger i det «endnu usagte» i de livshistorier, rundt om hvilke vi organiserer os selv og vores samvær med andre. Terapi er en sproglig proces, hvor samtalen om et problem udvikler nye opfattelser og betydninger. I dialogen bliver det usagte sagt – og udvidet – og en ny livsfortælling med nye temaer bliver skabt. Målet med terapien er en samtale som kontinuerligt løser op og åbner – og ikke indskrænker og lukker til. Terapeuten er ikke ansvarlig for forandring, men for dialog, og en forudsætning for samarbejde og dialog er kollaborativt sprogbrug. Arbejder vi kollaborativt, mindskes konfrontation, konkurrence, polarisering og fastlåsthed (ibid.).

Når man i praksis har oplevet den positive effekt af kollaborativt sprogbrug, bliver det et ufravigeligt princip i det terapeutiske arbejde, men hvordan går det med at fastholde dette fokus udenfor det terapeutiske rum? Undervejs i denne proces blev vi opmærksomme på, hvordan vi taler om BED på konference, og hvordan vi henvender os til denne gruppe på skrift og i informationsmateriale. Det blev tydeligt, at både rammerne og det skriftlige materiale bidrog til at udskille gruppen af BED-patienter fra de øvrige patienter – stik imod det, vi ønskede.

Non-negotiables

I Motivational Enhancement Therapy i relation til spiseforstyrrelser (f.eks. Treasure & Ward 1997) har man arbejdet med, hvordan krav og regler kan føre til magtkampe og det, de betegner som modstand. Derfor har Geller m.fl. udviklet konceptet non-negotiables, som i al sin enkelhed går ud på, at rammer og regler for behandling skal være logisk begrundede og gennemskuelige. De skal følges forudsigeligt og konsekvent og være rettet mod at maksimere klientens autonomi (Geller & Srikameswaran 2006). Rammer og regler for behandling bliver på denne måde defineret fælles for alle i en given målgruppe og ligger klar, inden

behandlingen påbegyndes. Non-negotiables afhænger af behandler-teamet, målgruppen, deres ideer om forandring og hvilken ramme, der er for behandlingen – f.eks. hvor omfattende symptomerne er, og om det er ambulante- eller døgnbehandling. Non-negotiables er derfor ikke «sandheder», men midlertidigt vedtagne rammer, der skal tages op og diskuteres hvert halve eller hele år for at sikre, at de er konsistente og logiske og hænger sammen med den dagligdag, de skal implementeres i. På den måde fungerer non-negotiables som et fælles tredje og ikke som noget, terapeuten selv finder på undervejs, hvilket gør det muligt at fastholde vedtagne rammer for behandlingen på en collaborativ måde.

Collaborative rammer

I alle grupper på Klinik for Spiseforstyrrelser har vi et aftale-ark, som patienterne skriver under på i forbindelse med behandlingsstart. Aftale-arket er ment som en slags kontrakt, hvori behandlingskonceptet er beskrevet, og vores rammer for den enkelte gruppe er ekspliciteret. Der er således særskilte aftale-ark for anoreksi-, bulimi- og BED-grupperne. Behandlerne gennemgår altid indholdet, inden patienten skriver under og får en kopi. Da BED-behandlingen på Stolpegård startede, var der ikke nogen erfaringer, man kunne trække på. Aftale-arket for BED-gruppen blev derfor tillempet ud fra bulimi-behandlingen. Det betød imidlertid, at aftale-arket kom til at indeholde nogle formuleringer og non-negotiables, som ikke var hensigtsmæssige i forhold til denne gruppe og derfor nemt kunne bidrage til en problemfyldt historie. Sprogbrugen skulle gøres mere collaborativ, men vi blev også nødt til at formulere nogle rammer, som var realistiske og mulige at overholde.

Den mest problematiske non-negotiable, var nok et krav om maksimal vægtudsving på ± 2 kg. Dette er et meget lille udsving, hvis man vejer 120 kg, og i praksis betød denne non-negotiable derfor, at patienterne gang på gang «brød rammen». Efter at have ændret det maksimale vægtudsving til ± 5 kg, har vi nu kun sjældent det problem – vores patienter er nemlig heller ikke interesserede i at tage unødigt på.

I gennemarbejdelsen af det nye aftale-ark fik vi generelt indført en mere collaborativ sprogbrug. Desuden blev vi opmærksomme på, at en tidligere formulering om, at behandlingens sigte var at opnå *normal vægt* på længere sigt, sandsynligvis havde bidraget til patienternes håb om vægttab i forbindelse med behandlingen. Et håb som ikke er muligt at indfri på den tid, vi har, hvor vi udelukkende kan fokusere på at reducere spiseforstyrrelsessymptomerne. Normal vægt blev derfor erstattet med *stabil vægt*. Ikke at skulle tabe sig kan være en udfordring for

mange, som oplever stort fokus på vægten, men det er også en lettelse, fordi de nu (i hvert fald for en tid) bliver sat fri fra det slanke-pres, de ofte har levet under i årevis og ikke har kunnet leve op til. På samme vis fik vi omformuleret *usunde spisevaner* til *spiseforstyrrelsen* for at understrege BED som spiseforstyrrelse og ikke som en dårlig vane.

Aftale-arket er et eksempel på, hvordan en urealistisk, om end velment, ramme – udviklet i en anden kontekst – var blevet til en «sandhed», som bidrog til en problemfyldt historie. Genskrivningen af aftale-arket blev derfor et vigtigt bidrag til at ændre på historien om BED-gruppen. Næste vigtige punkt bliver at skrive noget mere lødigt informationsmateriale. Lige nu får folk med BED det samme sæt pjecer, som alle andre patienter får i forbindelse med forsamlingen – to pjecer, som handler om anoreksi og bulimi. De får dem, fordi det er de eneste pjecer, vi har, men vi er ikke tilfredse med det signal, vi sender, og det står i stor kontrast til vores ønske om at sidestille BED med de andre spiseforstyrrelser.

Som en del af behandlingsaftalen siger patienterne ja til at skrive kostdagbog, hvor de hver dag skriver, hvad og hvornår de spiser kombineret med tanker, følelser, oplevelser etc. De vælger selv nogle dage ud, som de vil have læst op og interviewes ud fra. Dagbogen bruges især til at afdække mulige sammenhænge mellem spiseforstyrrelsen, og hvordan personen har det. Tidligere havde patienterne ofte glemt deres dagbøger eller glemt at skrive i dem, og så blev spiseforstyrrelsen hurtigt usynlig – og vi kom til at bruge al tiden på at finde ud af, hvad personen gerne ville tale om. Det kunne forstås som manglende «compliance», men i stedet satte vi os for at være konsekvente med at starte interviewet med dagbogen, og hvis nogen havde glemt den, spurgte vi, hvad der ville have stået i den. Den skærpede opmærksomhed på dagbogen har gjort, at vi nu sjældent har problemer med glemte dagbøger.

Eksternalisering

I vores dagligdag møder vi mennesker, der har haft overspisninger i årevis, men som ikke selv betragter det som en spiseforstyrrelse. De har til gengæld, lige såvel som deres omgivelser, ofte haft ekstremt fokus på (over)vægten helt tilbage fra teenageårene eller måske endda barndommen. Det kan der være mange gode grunde til – man har formelt kun beskrevet denne spiseforstyrrelse siden 1994 i et appendiks til DSM-IV, og diagnosen bliver sjældent omtalt i medierne, der mest beskæftiger sig med anoreksi og bulimi. Der er til gengæld stor bevågenhed på

«fedme-epidemien» med en dertilhørende diskurs vedr. eksempelvis disse menneskers øgede helbredsproblemer og dermed tvivlsomme rettigheder i behandlingssystemet. Vores patienter har derfor ofte en forhistorie med utallige slankekurs af mere eller mindre lødig karakter (fra almindelige sultekure til Dr. Atkins diæt, De Danske Vægtkonsulenter, Vægtvogterne, Bailine-behandlinger etc.), og de har fortsat et højt ønske om vægttab. Dette fokus på overvægten og manglende viden om spiseforstyrrelsen afføder kommentarer fra omgivelserne – som f.eks. kvinden i artiklen, der blev mødt med, at hun bare skulle tage sig sammen og gå på slankekur. Disse udsagn og sætninger kommer nogle gange til at gå igen i personens indre dialog, som kan være ualmindelig brutal og nedgørende bl.a. i forhold til kroppen. Men overvægten er som regel en følge af overspisningerne, og den vil fortsætte, hvis spiseforstyrrelsen ikke bliver behandlet (DSM-IV; Marcus 1997). Det er baggrunden for, at vi som regel navngiver problemet allerede ved første møde med patienten.

White & Epston (1990) advarer mod en sådan «ekspert definition» af problemet, idet de mener, at fagtermer kan være med til at «dekontekstualisere» problemet og begrænse personens handlemuligheder. Vores erfaring er imidlertid, at det er en stor lettelse for patienterne, at der for første gang er nogen, der forstår og anerkender problemet som en «forstyrrelse» og ikke som et udtryk for en personlig utilstrækkelighed, mangel på viljestyrke eller en kropslig laden-stå-til. En del udtrykker endda stor lettelse over ikke at skulle være på slankekur mere, men kun koncentrere sig om at holde vægten stabil for at komme ud af spiseforstyrrelsen. I modsætning til Epston & Whites argumentation, vil jeg derfor fremsætte den påstand, at en professionel navngivning af problemet i relation til BED netop rekontekstualiserer problemet. Når personen præsenteres for en navngivning af problemet, som han/hun qua herskende diskurser måske aldrig selv har turdet tænke: Det er en spiseforstyrrelse, selvom jeg ikke er tynd og ikke kaster op – bliver det muligt at adressere bekymringer, styrke samarbejdet og undersøge nye livsfortællinger og handlemuligheder.

Svend Aage Rasmussen skelner mellem identitetsdiagnoser og symptomdiagnoser (Rasmussen 2008, personlig kommunikation). Personlighedsforstyrrelsesdiagnoserne er eksempler på identitetsdiagnoser, der giver konnotationer til problemer i selve «kernen» i den enkeltes personlighed. Måske fordi spiseforstyrrelsesdiagnoserne er symptomdiagnoser og ikke identitetsdiagnoser, fungerer vores professionelle navngivning, fordi problemerne på den måde ikke kobles til personlige mangler (f.eks. manglende viljestyrke) men beskrives som forstyrrende symptomer?

Men spiseforstyrrelsen kan ikke tages til indtægt for alt. Mange af de mennesker, vi møder, har i årevis, også før spiseforstyrrelsen, levet med en altoverskyggende selvkritik i form af indre udsagn om, at de er fede, grimme, uduelige etc. Det er sjældent, at omgivelserne kender til styrken og omfanget af disse selvkritiske udsagn, og vores erfaring er, at denne kritik kan være lige så svær for personen eller måske endda sværere at adskille fra sig selv end spiseforstyrrelsen. Selvkritikken ledsages ofte af tristhed, opgivenhed, suicidaltanker og social isolation, som kan komme til at overskygge håb, drømme og intentioner. Når vi læser de negative, nedgørende, selvkritiske udsagn højt fra en dagbog, kan det have en lammende effekt på både patienten, resten af gruppen og terapeuterne. Det er en udfordring for os at læse flere sider af negative udsagn og ubærlig selvkritik som: «Nu tænker de nok: skal hende den fede have mere mad?» eller: «Faktum er, at jeg er enig med de andre: jeg er ikke værd at elske». Vi ser lignende udsagn i de andre spisegrupper, men som regel ledsaget af flere undtagelser eller unikke hændelser, som gør det nemmere at bevare håbet og nysgerrigheden.

Da vi startede i BED-gruppen oplevede vi, at det var svært at få folk til at navngive disse negative udsagn mhp. eksternalisering. Det virkede fremmed at give tankerne navn, og mange oplevede udsagnene som sandheder. Dette bidrog sandsynligvis til, at processen i gruppen føltes tung. Som noget nyt begyndte vi derfor også her at introducere en navngivning – f.eks. *den kritiske stemme* eller *ensomheden*. Det har betydet, at det er muligt for os at bevare nysgerrigheden og respekten for de negative tanker uden at gå på «undtagelsesjagt» eller blive alt for løsningsorienterede. Vi giver selvfølgelig folk mulighed for at give problemet et andet navn, men det lader ikke til at være vigtigt. Det væsentlige er at komme i gang med at tale eksternaliserende, fordi det sætter både os og gruppen i stand til at udholde det negative for dermed at kunne «rekontekstualisere» og dekonstruere det.

En anden udfordring i relation til BED er at få talt om kroppen og vægten på en ordentlig måde. Som tidligere nævnt er de fleste mennesker med BED plaget af stor kropsutilfredshed og ønsker en ny, slankere krop. I daglig tale kommer man imidlertid hurtigt til at være sin krop – som f.eks. at man *er* stor, tung, overvægtig etc. – og det kan virke kunstigt at tale eksternaliserende om den. Vores diætist har imidlertid introduceret en vending, som har gjort det nemmere at tale om overvægten, de kritiske tanker forbundet med den og dens betydning for persons liv og relationer. Hun plejer at sige: «Jeres spiseforstyrrelse har givet jer en overvægt». Slut med at *være* noget, man absolut ikke ønsker.

Patientens vidende position

En kollega med anden referenceramme gjorde mig opmærksom på, at behandlere fra andre terapeutiske retninger ofte bliver provokeret af «systemikeres» udsagn om *ikke* at være eksperter. Og hvordan er det muligt at arbejde på en højt specialiseret enhed og fastholde, at man har en ikke-vidende position? Det giver mening at forklare dette med, at vi som terapeuter er eksperter i samtale og dialog, men i praksis har vi været optagede af en helt anden vinkel: patientens vidende position og muligheden for aktivt at bidrage til at underbygge den.

I år 2006 hørte vi Katja og Michael Scholz fortælle om deres erfaringer med multifamilieterapi i forhold til børn med anoreksi (Scholz 2006). I deres behandling kommenterer de aldrig den mængde mad, forældrene har øset op til deres datter. De spørger familien selv, de andre piger med anoreksi eller de andre forældre. I spiseforstyrrelsesbehandling er det ellers almindeligt, at behandleren har en ekspert-position, når det gælder vejledning om kost og symptomer. Inspireret af deres workshop holdt vi op med at kommentere maden i BED-gruppen. I stedet begyndte vi at bruge de andre patienter som «ekspertpanel». Det foregår på den måde, at vi altid spørger personen først, hvad han eller hun selv tænker om sin kost en given dag. Derefter kan vi spørge de andre gruppemedlemmer, hvad de tænker, eller spørge hvad diætisten mon ville sige. Hvis spiseforstyrrelsen har haft stor indflydelse på maden, kan personen som regel selv høre det, når dagbogen bliver læst op, men spiseforstyrrelsen kan også have andre mindre gennemskuelige ideer. F.eks. kan spiseforstyrrelsen invitere til at spise mindre mad til måltiderne for at personen kan slanke sig, men sult gør det sværere at undgå overspisninger. Gruppen ser tydeligt spiseforstyrrelsens indflydelse i form af både for meget og for lidt mad og gør opmærksom på det på en konstruktiv måde. Resultatet er, at det nu sjældent er os, der kommenterer maden i kostdagbogen.

Det har haft en afgørende effekt på gruppen, at deres vidende position bliver inddraget mere eksplicit. Michael White (White & Morgan 2007) har beskrevet inddragelsen af andre og deres bud på passende svar og muligheder som *den horisontale dimension*. Ved at invitere de andre i gruppen til at overveje mulige løsninger eller fortælle, hvordan de har arbejdet med lignende problemstillinger i forhold til kosten, bruger vi den horisontale dimension mere aktivt. De er således blevet aktive hjælpere for hinanden frem for at være passive tilhørere. White beskriver desuden hvordan børn kan gennemspille og videreudvikle deres viden, når de får mulighed for at indtage en distanceret position. Deltagerne i vores gruppe får på samme måde mulighed for at indtage en distanceret position, når de

giver feedback og italesætter nye muligheder – og de tilkendegiver når de kan se, at deres ideer også er relevante for dem selv.

Arbejdet med at inddrage gruppen mere i relation til kostvejledningen har i øvrigt inspireret os til at inddrage deres viden mere eksplicit på andre måder. Når nye starter i gruppen, inviterer vi de gamle til at fortælle om formen i gruppen, og igen bliver det muligt for os at indtage en mere spørgende position. Men vi blev optaget af at gå skridtet videre og forstærke deres vidende position ved at tilbyde dem større kendskab til diætistens viden. Vi var i forvejen ikke tilfredse med den kostvejledning vi tilbød. Patienterne havde indtil efteråret 2006 fået tilbudt to–tre individuelle diætistsamtaler – den første af 1 times varighed, de næste af ½ time. De gav udtryk for, at de var nervøse men glade for at komme til diætist, og at de blev inspireret og motiveret i de individuelle diætistsamtaler. Ofte havde de dog svært ved efterfølgende at fastholde de ønskede forandringer. Måske var problemet, at de ikke fik tid til kostvejledning? Vi fik grønt lys for at gøre et forsøg med at forlænge behandlingen til seks måneder og lave hver femte gruppeterapisession om til diætistvejledning i gruppe. I praksis betød det, at hver enkelt fik mere tid med diætisten, men det betød også, at de fik viden om, hvad de andre arbejdede med i kostvejledningen. På den måde fik de et andet grundlag for i de øvrige gruppeterapi-sessioner at bakke hinanden op og minde om de ting, de hver især havde arbejdet med hos diætisten. Resultatet var, at patienterne i høj grad fik udvidet deres vidende position – også uden for gruppen – idet de fik mere generel viden om kost og kroppens behov for næringsstoffer. Men de fik også det, man kunne kalde en fælles vidende position, ved at de kom til at kende hinandens udfordringer og fokuspunkter og dermed bedre kunne være hinanden til hjælp.

Den fælles vidende position arbejder vi også med i forhold til de pårørende. Alle patienter tilbydes netværkssamtaler ved siden af gruppen i form af samtaler med f.eks. kæreste, forældre, søskende, børn eller venner. Det kan også være samtaler med fagpersoner som eksempelvis sagsbehandler, jordemoder, sundhedsplejerske eller lærere fra børnenes skole (se Lau, Plambech & Christensen 2000), og i skrivende stund implementerer vi pårørendeaftener på flerfamiliebasis inspireret af det flerfamiliearbejde, der oprindeligt er udviklet til bulimi-grupperne på Klinik for Spiseforstyrrelser (Frøslev & Thomson, in press). Vi bruger en del af netværkssamtalerne til at formidle viden om spiseforstyrrelsen og baggrunden for at fastholde stabil vægt i behandlingsforløbet. På den måde håber vi at underminere diskursen vedr. væggtab, som ofte har presset både patient og pårørende i årevis.

Ved eksplicit at inddrage diætistens vidende position, blev det nemmere for os som terapeuter at fastholde en ikke-vidende og primært spørgende position i gruppen, men, som jeg skal beskrive i det følgende, har vi også arbejdet med at dele viden i forhold til de reflekterende processer i gruppen.

Refleksioner

Som beskrevet af Rasmussen & Svarrer (2008) er der i alle vores grupper på Klinik for Spiseforstyrrelser reflekterende processer i forlængelse af interviewet med den enkelte. Refleksionerne bygger som udgangspunkt på Tom Andersens (1987) retningslinjer for det reflekterende team, men selve strukturen tager udgangspunkt i Maisel, Epston & Bordens (2004) ideer om «insidere» og «outsidere». En insider er én, der har erfaring med spiseforstyrrelse «indefra» – dvs. har prøvet at leve med én og har et intimt kendskab til spiseforstyrrelsens mange nuancer. En outsider er eksempelvis en professionel, som kender til problemet «udefra» og har sin erfaring med spiseforstyrrelser fra andre patienter i samme situation. Maisel et al. argumenterer for, at de, som har førstehåndserfaring med spiseforstyrrelser, er de virkelige eksperter, og at deres viden er mere troværdig og indsigtfuld. Ofte bliver insiderens viden affærdiget af professionelle som utroværdig og inficeret af spiseforstyrrelsen, men netop i den eksternaliserende samtale bliver det muligt at skelne mellem person og spiseforstyrrelse.

Refleksionerne er opbygget, så insiderne reflekterer først, og outsiderne reflekterer sidst. Efterfølgende kan interviewpersonen kommentere det sagte, men af tidsmæssige hensyn fortsættes interviewet ikke. Denne opbygning har den praktiske betydning, at gruppen ikke holder sig tilbage, fordi terapeuterne allerede har sagt det hele. Deres refleksioner kan, som Mosgaard (2006) har beskrevet, tage form af vidnesbyrd, nye metaforer, genkendelse og endog gode råd. Både Andersen (1994) og White (2008) lægger stor vægt på, at man ikke må give gode råd, men vores erfaring er, at det bryder flowet, hvis teamet bliver korrigeret. I stedet italesætter vi, at et udsagn måske er et løsningsforslag, og at personen selv kan afgøre, om det er relevant lige nu. I vid udstrækning får gruppens refleksioner lov at stå for sig selv, så længe de er positivt konnoteret som beskrevet af Tom Andersen (1987).

I terapeutrefleksionerne tilstræber vi at være mere stringente mht. retningslinjerne for reflekterende processer: Refleksionerne er tæt knyttet til det, personen har sagt, og er ikke for forskellige. Vi tager alt, hvad der siges, alvorligt og reflek-

terer over mange og modstridende ideer og hypoteser samtidig. Vi vurderer ikke, om synspunkter er mere eller mindre rigtige, og vi kommenterer ikke personens kropssprog (Andersen 1987). Ved at de andre gruppedeltagere reflekterer først, får vi nye vinkler på interviewet og kan reflektere over deres refleksioner. Selve opbygningen giver os således tid til at tænke og blive inspireret af gruppen.

Forudsætninger for at deltage

Da Lise Kristensen og jeg startede vores samarbejde i BED-gruppen syntes vi ikke, at de reflekterende processer fungerede helt efter hensigten. Som regel havde deltagerne fat i det, Michael White (2008) kalder resonansen – de beskrev en lignende situation fra deres eget liv – men forbindelsen til interviewpersonens fortælling gik nogle gange tabt. Andre gange var gruppemedlemmerne stille og havde ikke rigtig noget at sige til det, de havde hørt. Man kunne forklare dette med, at deltagerne havde ringe mentaliseringsevne (Skårderud 2007), men i stedet overvejede vi, om deltagerne var blevet tilbudt de rette præmisser for at deltage. Vi besluttede at gøre et forsøg med at forklare ideerne bag reflekterende processer og give nogle konkrete retningslinjer. Vi håbede, at det kunne gøre de reflekterende processer mere flydende og vedkommende for både interviewperson og gruppen. Tilfældigvis var der færre deltagere i gruppen på det tidspunkt, så vi havde mulighed for at introducere vores ideer, uden at den enkelte fik kortere tid. Vi valgte de fire trin fra «outsider witness», netop fordi de eksplicit inkluderer resonansen.

Vi lavede en flipover med de fire trin: 1. Udtryk, 2. Billede, 3. Resonans og 4. Bevægelse, skrevet som fire spørgsmål på en flipover: 1. Hvad har du hørt / hæftet dig ved, at personen har fortalt om? 2. Hvad fortæller det dig om hvad, der er vigtigt for personen (håb, værdier, drømme)? 3. Hvad ringer det ind i i dit liv? 4. Hvor bringer personens fortælling dig hen – får det dig til at tænke lidt anderledes om noget i dit eget liv? Efter hvert enkelt interview med gruppedeltagerne blev vidnerne interviewet enkeltvis ud fra alle fire spørgsmål. Vi forsøgte også en model, hvor vi interviewede alle vidner først med spørgsmål 1, derefter med spørgsmål 2 etc. Ligeledes hvordan vi greb det an, blev det en omfattende og langsommelig proces, og indimellem tog bevidningen fokus fra selve interviewet, selvom der måske kun var tre vidner. White (2008) har argumenteret for, at terapeutens strukturering af bevidningsprocessen er vigtig, fordi den skaber gode betingelser for, at vidnerne kan tænke anderledes end det, de normalt tænker, men hans bevidningspraksis er ikke udviklet til gruppeterapi. Måske opstår trægheden, når vidnerne er «tilfældige» medpatienter og ikke er nøje udvalgte vidner sådan, som Whites vid-

ner er det. Her kom psykiatriens tidsmæssige benspænd os til undsætning, for da gruppen blev fuldtallig igen, blev vi nødt til at fravige ideen om at gennemgå alle fire spørgsmål, men de levede implicit videre og kom til udtryk i gruppens refleksioner.

Efterfølgende har vi kun stillet det eller de af spørgsmålene fra bevidning, som vi fandt relevante, hvis det overhovedet var nødvendigt at stille spørgsmål i forbindelse med refleksionerne. Vi lader dem tage form i sig selv med afsæt i det, som vidnerne er optaget af. Hvis refleksionerne primært handler om resonansen, kan vi spørge til selve fortællingen: Hvad har personen konkret sagt, som fik vidnet til at få den tanke? Eller spørge til bevægelsen: Hvor har det bragt vidnet hen at genkende sig selv i den andens fortælling? Men nogle gange er det mere forstyrrende eller tidsmæssigt umuligt at stille disse spørgsmål. Ved at bløde de fire trin op, har vi desuden undgået for meget instruktion. Andersen (1994) har i relation til forandring beskrevet, at instruktioner let kan begrænse handlerepertoiret. Det samme kan siges om reflekterende processer. Hvis ideer frit kan udveksles, opstår der nye ideer, og samtalen mellem teammedlemmerne er med til at udvikle disse ideer (Andersen 1987). Som beskrevet var det vores oplevelse, at struktureret bevidning i gruppeterapi har den modsatte effekt, idet den skarpe strukturering skaber et kunstigt interview, der tager uforholdsmæssig lang tid og i værste fald begrænser vidnerne, som måske har relevante input, der ikke nødvendigvis passer ind i konceptet for outsider witness.

Resultatet har været, at refleksionerne i BED-gruppen nu fungerer, og vi kan have oplevelsen af, at det er blevet det mest centrale element i vores behandling. Det er ofte først i disse samtaler om samtaler om samtalerne ... at en «tykkere historie» bliver konsolideret. En historie, som ligger tæt op af det sagte, men som netop med insidernes indsigtfulde, ikke-styrede bidrag kan ses i et nyt lys. At refleksionerne er vigtige ses allertydeligst ved, at gruppemedlemmerne nu husker hinanden på, hvor rart det er at høre de andres tanker, og at det er vigtigt at give tilbagemeldinger.

En vigtig lære vi har draget af dette outsider-witness-flipover-forsøg er, at reflekterende processer ikke handler så meget om deltagerens forudsætninger for at deltage, men i højere grad handler om terapeuternes evne til at facilitere refleksionerne. Vi er således blevet bedre til at stille et eller to spørgsmål, som f.eks. kobler resonansen til det sagte eller til en mulig bevægelse hos tilhøreren. Vi er desuden blevet mere transparente mht. ideerne bag refleksioner og at få disse formidlet til nye patienter i gruppen – f.eks. ved at interviewe de andre gruppedeltagere.

Terapeuternes bevidning

I socialkonstruktionismen tages udgangspunkt i, at klientens ideer og fortællinger kan være med til at forandre terapeuten. Terapeutens for-forståelse er til diskussion på samme måde som klientens, og vi må være lige så parate til at opgive vores opfattelser, som vi forventer, at vores klienter skal være (Anderson & Goolishian 1992). Men hvor parate er vi til at indvie patienterne i vores mere personlige eller endog private liv? I BED-gruppen har vi eksperimenteret med terapeutbevidning. Mere end i nogen anden spise-gruppe deler vi vores genkendelse med patienterne. Det, vi fortæller, er meget kort og ikke særlig detaljeret, men tjener til at formidle vores genkendelse, måske almengøre det aktuelle tema – uden at undervurdere patientens subjektive oplevelse. Forhåbentlig tjener det også til en vis åbenhed og gennemsigtighed i forhold til rigtigheden, logikken og gyldigheden af vores for-forståelser (Cecchin, Lane & Ray 1994) og terapeutiske «sandheder». Vi bevidner ikke i den forstand, at vi fortæller, hvor det bevæger os hen (trin 4) – det ville tage fokus fra patienten med den korte tid, vi har til hver enkelt – men vi fortæller, når vi bliver bevægede.

Resultater

Duran et al. (2000), som har beskæftiget sig med spiseforstyrrelser og socialkonstruktionisme, undrer sig over hvorfor denne tilsyneladende succesfulde tilgang til behandling ikke har spredt sig som løbeild. De mener, at det skyldes mangel på videnskabelige studier af effekten af postmoderne spiseforstyrrelsesbehandling. Dette er ikke en artikel baseret på videnskabelige studier, men vi har adgang til resultater fra et effektevalueringsprojekt under Region Hovedstadens Psykiatri, hvor patienterne udfylder spørgeskemaer før og efter terapi. Her vil jeg blot medtage nogle få effektmål fra de 29 patienter, der var i BED-gruppen fra oktober 2006 til august 2008. De viser, at vores socialkonstruktionistiske praksis ikke bare lyder succesfuld, men også lever op til gængse kliniske mål.

Først og fremmest viser opgørelserne fra vores forkortede udgave af Eating Disorder Examination, at 55,3 % af patienterne ved forsamlingen oplyser, at de har overspisninger min. en gang om dagen. Ved afslutning af behandlingen oplyser 11,4 %, at de har overspisninger en gang dagligt – ingen har overspisninger flere gange dagligt. 42,9 % har ved afslutningen slet ikke haft overspisninger den sidste måned. 68,1 % oplyser ved forsamlingen, at spiseforstyrrelsen forstyrrer dem i

ekstrem grad. Ved afslutning er dette tal kun 5,7 %. Desuden siger 46,8 % ved forsamlingen, at de spiser restriktivt én eller flere gange om dagen (dvs. har strenge regler for hvad eller hvor meget, de må spise til hovedmåltiderne). Ved afslutning spiser 5,9 % restriktivt en gang dagligt. 76,5 % oplyser, at de ikke har spist restriktivt den sidste måned.

SCL-90-R bruges til at spørge patienterne om generelle psykiatriske symptomer. GSI er en gennemsnitlig score af alle spørgsmålene i spørgeskemaet og udtrykker, som der står i vejledningen, et samlet mål for graden af psykopatologi. I psykiatrien skal patienten ideelt set være «clinical case» (svarende til GSI på min. 1,08 for kvinder) før behandlingen påbegyndes og «non-case», når behandlingen afsluttes. GSI for de nævnte 29 patienter var 1,38 før behandlingsstart og 0,84 efter, hvilket betyder, at de flytter sig fra at blive betragtet som case til at ligge inden for normalområdet ved behandlingens afslutning – og ændringen er signifikant. Nogle få er blevet henvist til anden psykiatrisk behandling efterfølgende.

Det vigtigste resultat af vores arbejde med behandlingskonceptet for BED er dog, at håb, drømme og intentioner har fået en større plads i gruppen. Patienterne er ikke mindre udfordret i deres hverdag, men de møder stabilt, arbejder hårdt og giver udtryk for, at gruppen har stor betydning. Nogle siger, at de for første gang føler sig godt tilpas i en gruppe.

For os som team har processen også haft afgørende betydning. Ved at ændre vores praksis og forbedre samarbejdet har vi fundet ny begejstring for dette arbejde og oplevet en stigende interesse for patientgruppen.¹

Konklusion

I voksenpsykiatrien kommer man nemt til at beskrive en patient eller patientgruppe negativt, hvis samarbejdet eller det terapeutiske arbejde ikke fungerer optimalt. Denne artikel handler om, at dette kan ske selv på et systemisk/narrativt behandlingsafsnit. På Klinik for Spiseforstyrrelser blev processen i gruppen for patienter med Binge Eating Disorder (BED) beskrevet som tung sammenlignet med andre spisegrupper. Patienterne havde svært ved at overholde behandlingsaftalerne, hvilket bidrog til den negative beskrivelse, deres tristhed og oplevelsen af fiasko. Det er imidlertid lykkedes os at underminere denne historie ved at udfordre de sandheder og fordomme, der var opstået omkring gruppen, ved at se kritisk på vores behandlingskoncept og eksperimentere med ideer og metoder fra

systemisk og narrativ terapi. Processen har jeg kaldt «Dekonstruktion af et behandlingskoncept» som parallel til ideen om dekonstruerende samtaler i terapi.

Helt grundlæggende har vi, som det indledende citat fra Peter Lang refererer til, beskæftiget os med, hvordan vi taler om, til og med vores patienter. Vi har ændret ordlyden i den behandlingsaftale, som patienterne skriver under på før behandlingsstart, og indført et mere collaborativt sprogbrug. Vi har justeret rammerne for behandlingen og gjort dem mere realistiske – og dermed mulige at overholde. Med de nye formuleringer i aftale-arket har vi eksplicit flyttet fokus fra vægttab til spiseforstyrrelse i håb om at mindske et årelangt pres på patienterne om at «tage sig sammen og gå på slankekur».

Netop det store fokus på overvægt og vægttab har bidraget til vores praksis vedr. eksternalisering og navngivning af problemet. På trods af narrative terapeuters advarsel mod ekspert-navngivning af problemet, har vi gode erfaringer med at introducere en navngivning af problemet, Spiseforstyrrelsen, fordi det kobler overvægten til spiseproblemer frem for til personens (manglende) karakter. Vi eksternaliserer også andre ting såsom «den kritiske stemme» eller sågar overvægten. Det vigtigste er adskillelsen mellem problem og person, fordi den giver plads til håb og intentioner. Patienterne får mulighed for at ændre navnet, men de gør det kun sjældent. Det er tilsyneladende selve eksternaliseringen, der er afgørende, ikke navngivningen.

Noget af det, vi har været mest optagede af, er vores ikke-vidende position og muligheden for at styrke patientens vidende position. Dette har vi bl.a. eksperimenteret med ved at inddrage diætistvejledningen i gruppen en gang om måneden. Det har styrket patienternes vidende position både i forhold til sig selv og hinanden og er på den måde blevet en fælles vidende position. At inddrage diætistens vidende position mere eksplicit har gjort det nemmere for os at fastholde en ikke-vidende position, men vi kunne måske eksperimentere mere med patienternes vidende position ved f.eks. at inddrage patienterne i udviklingen af behandlingskonceptet, i udfærdigelsen af relevant skriftligt materiale eller i supervision.

Vi har også arbejdet med ideen om at styrke den vidende position i de reflekterende processer. Jeg har beskrevet vores «flipover-forsøg», hvor vi skrev de fire spørgsmål fra outsider witness. Dette forsøg viste, at en slavisk gennemgang af trinene i outsider witness med «tilfældige» vidner flyttede fokus for meget fra selve interviewet, og at det var urealistisk at nå alle fire trin, når vi samlet kun har 20–25 minutter pr. person. Vores intention var at tilbyde gruppen bedre forudsætninger for at reflektere, men resultatet var, at vi blev bedre til at facilitere processen ved at stille relevante spørgsmål.

Den fælles vidende position arbejder vi desuden med i relation til de pårørende, hvor vi håber at være med til at nuancere fedme- og vægttabsdebatten. På det punkt må vi overveje, om vi hjælper folk godt nok ved udelukkende at arbejde med spiseforstyrrelsessymptomerne. Ville vi ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt hjælpe folk bedre, hvis vi efter vellykket reduktion af spiseforstyrrelsessymptomerne (eller parallelt med) også tilbød hjælp til vægttab? Pga. øget risiko for sukkersyge, hjerte problemer og udvikling af PCOS kunne vægttab eller blot motion måske betragtes som helbredsmæssigt relevant og ikke bare et knæfald for samfundsdiskursen.

Note

- 1 F.eks. i Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser og på Nordisk Konference om Spiseforstyrrelser i Stockholm i år 2008.

Litteratur

- American Psychiatric Association (1994): Binge-Eating Disorder. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC, pp. 729–731.
- Andersen, T. (1987): The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26:415–428.
- Andersen, T. (1994) *Reflekterende processer – samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk Psykologisk Forlag, København.
- Anderson, H., Goolishian, H.A. (1992): Mänskliga system som språkliga system. I: *Från påverkan till medverkan. Terapi med språkssystemiskt synsätt*. Mareld, Stockholm.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1994): *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. Karnac, London.
- Duran, T.L., Cashion, L.B., Gerber, T.A., Mendez-Ybanez, G.J. (2000): Social constructionism and eating disorders: Relinquishing labels and embracing personal stories. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 2:23–42.
- Frøslev, S., Thomsen, M. (in press): *Flerfamiliearbejde i voksenpsykiatrien*.
- Freedman, J., Combs, G. (1996): 3: Opening space for new stories & 4: Story development. In: *Narrative therapy*. Norton, New York.
- Geller, J., Srikameswaran, S. (2006): Treatment non-negotiables: Why we need them and how to make them work. *European Eating Disorders Review*, 14:212–217.
- Grilo, C.M., Masheb, R.M., Wilson, G.T. (2001): A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2.

- Grilo, C.M., White, M.A. & Masheb, R.M. (2009): DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 3:228–234.1.
- Hertz, S. (2004): De unge og ungdomspsykiatrien – De mange konteksters møde. *Fokus på familien*, 1.
- Hilbert, A. (2005): Course, Etiology, and Maintenance of Binge Eating Disorder. In: Munsch, S. & Beglinger, C. (eds.): *Obesity and Binge Eating Disorder*. Karger, Basel, pp. 149–164.
- Illfeldt, A. (2009): Kampen om fedtet. *LMSNyt – om spiseforstyrrelse, selvskaide og selv-værd*, 27:12–13.
- Lang, P. (2008): Oplæg på STOKs 20 års jubilæums-årsmøde, København.
- Lau, M., Plambeck, B., Christensen, G. (2000): Stolpegårdsmodellen – et behandlingstilbud. I: Andreasen, J. & Christiansen, E. (eds.): *Spiseforstyrrelser [en tværfaglig antologi]*. Frydenlund, København.
- Maisel, M., Epston, D., Borden, A. (2004): *Biting the hand that starves you. Inspiring resistance to anorexia/bulimia*. Norton, New York.
- Marcus, M.D. (1997): Adapting treatment for patients with Binge-Eating Disorder. In: Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (eds.): *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). Guilford Press, New York, pp. 484–493.
- Mosgaard, J. (2006): Reflekterende gruppeterapi. I: Eliassen & Seikkula (eds.): *Reflekterende prosesser i praksis: Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Universitetsforlaget, Oslo, pp. 143–154.
- Nielsen, T. (2007): Ligger der psykiske problemer bag fedme? Forskningsnyt fra psykologien. *Psykolognyt*, 15:22–23.
- Parker, I. (1999): Deconstruction & Psychotherapy. In: Parker, I. (ed.): *Deconstructing psychotherapy*. Sage Publications, London.
- Rasmussen, S.A. (2003): Det fjendtlige sprog. Refleksioner over udviklingen i psykiatrien. *Fokus på familien*, 4.
- Rasmussen S.A., Svarrer, T. (2008): Reflekterende processer og bevidning: En kritisk sammenligning af teori og praksis med synspunkter fra insidere. *Fokus på familien*, 3:166–185.
- Scholz, K., Scholz, M. (2006): Workshop på Nordisk konference om spiseforstyrrelser: What does multifamily therapy change in anorectic families? Practical introduction in the multifamily therapy with anorectic families.
- Skårderud, F. (2007): Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa – An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15:323–339.
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling*.
- Tobin, D.L. (1996): Psychodynamic Psychotherapy and Binge Eating. Kap. 14 In: Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (eds.): *Binge Eating: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Press, London, pp. 287–314.

- Treasure, J., Ward, A. (1997): A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 2:102–114.
- Tuschen-Caffier, B., Schlüssel, C. (2005): Binge-Eating Disorder: A new eating disorder or an epiphenomenon of obesity? In: Munsch, S. & Beglinger, C. (eds.): *Obesity and Binge Eating Disorder*. Karger, Basel, pp. 138–148.
- White, M. (2008): *Kort over narrative landskaber*. Hans Reitzels Forlag, København.
- White, M., Epston, D. (1990): Chapter 2: Externalizing of the Problem. In: *Narrative means to therapeutic ends*. Norton, New York.
- White, M. (2006): *Narrativ teori*. Hans Reitzels Forlag, København.
- White, M., Morgan, A. (2007): *Narrativ terapi med børn og deres familier*. Akademisk Forlag, København.
- White, M., Morgan, A. (2007): *Narrativ terapi med børn og deres familier*. Akademisk Forlag, København.